VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 374 vom 24. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2011___374

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 374 du 24 mai 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 374 del 24 maggio 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE{EN GÉNÉRAL}, RAPPORT MÉDICAL, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 24

mai 2011 _____ Présidence de Mme Pasche Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : R._____ , à Lausanne, recourante, représentée par Me François Roux, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 7, 8 et 16 LPGA; art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. Arrivée en Suisse en septembre 1973, R._____ (ci-après : l'assurée), ressortissante espagnole née en 1953, titulaire d'une autorisation d'établissement, coiffeuse de formation, divorcée et mère d'une fille née en 1980, a essentiellement travaillé dans le milieu hospitalier. Elle exerçait depuis le 1 er juillet 1994 la fonction d'aide de salle d'opération auprès de la Clinique de N._____, lorsque, le 26 mars 2003, elle a ressenti des douleurs à l'épaule droite en tentant de retenir une patiente qui chutait. Elle s'est trouvée en incapacité de travail dès avril 2003, et n'a plus repris d'activité lucrative par la suite – à l'exception d'une brève tentative courant 2003. Par écrit du 7 juillet 2003, l'assureur accident A._____ Assurances a informé l'intéressée qu'il limitait l'octroi des prestations d'assurance au 30 avril 2003, ce que cette dernière n'a pas contesté. B. Le 23 septembre 2003, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession. Dans un questionnaire (formule 531 bis) rempli le 3 octobre 2003, elle a précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'aide de salle d'opération. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assurée, a fait part de ses observations dans un rapport du 6 octobre 2003. Il a exposé que cette dernière présentait des cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs ainsi que des lombo-sciatalgies droites sur troubles dégénératifs, atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a précisé que l'intéressée était totalement incapable de travailler depuis le 2 avril 2003 et que l'état de santé allait en s'aggravant. Il a relevé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, mentionnant une très importante diminution de rendement. Il a ajouté qu'une activité adaptée – évitant le port de charges, les positions sans mouvement, les positions debout prolongées et les flexions prolongées ou répétées vertébrales – serait difficilement envisageable et n'irait pas non plus sans une diminution de rendement. Le 16 octobre 2003, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a transmis à l'OAI un extrait du compte individuel de l'assurée, faisant

état d'un revenu de 63'580 fr. en 2001 et de 64'948 fr. en 2002, mais ne contenant aucune inscription pour 2003. Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 20 octobre 2003, le Service du personnel de la Clinique de N._____ a indiqué que l'intéressée réaliserait un revenu annuel de 58'500 fr. (soit 4'500 fr. par mois) sans son atteinte à la santé, et qu'en raison d'indemnités de piquet perçues en sus du salaire mensuel – de 4'400 fr. en 2001 et de 4'500 fr. en 2002 et en 2003 –, elle avait touché 63'445 fr. 50 en 2001, 64'948 fr. 25 en 2002, et 60'736 fr. 25 en 2003. Le 20 février 2004, l'OAI a fait savoir à l'intéressée qu'un mandat d'expertise avait été octroyé au Dr F._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, afin d'évaluer le droit aux prestations AI. Dans son rapport d'expertise du 28 avril 2004, ce spécialiste a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies chroniques droites non-déficitaires et non irritatives (sur une hernie discale C6-C7 latérale droite, des protrusions discales cervicales C4-C5 et C5-C6, et une sténose du trou de conjugaison C5-C6 à droite) et de lombo-sciatalgies droites chroniques (sur des discopathies L4-L5 et L5-S1, une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, une spondylolisthésis de grade I de L5/S1 et un déconditionnement physique), atteintes qui se répercutaient sur la capacité de travail de l'assurée. Il a précisé que celle-ci souffrait de cervicalgies depuis 1988 et de lombalgies depuis 2001, que son état s'était dégradé suite à l'accident survenu le 26 mars 2003, et qu'elle avait été licenciée en décembre 2003. Il a estimé que la profession habituelle d'auxiliaire de salle d'opération n'était plus exigible, mais que l'assurée conservait une capacité de travail résiduelle de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (en substance : éviter les activité nécessitant la position statique debout et assise prolongée, des positions en porte-à-faux avec le rachis lombaire, et le port de charges supérieures à 15 kg), taux prenant en compte une certaine baisse de rendement. Il n'a pas diagnostiqué de comorbidité psychiatrique, bien que l'intéressée eût exprimé le souhait d'être examinée par un psychiatre, en raison d'une prise occasionnelle de Lexotanil et d'un sentiment d'angoisse. Il a suggéré la mise en œuvre d'un stage sous l'égide du Centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) pour évaluer la tolérance à l'effort de l'assurée dans un travail adapté. En annexe au constat du Dr F._____, figurait un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) établi le 2 septembre 2003 par le Dr C._____, radiologue FMH, corroborant pour l'essentiel les diagnostics retenus par celui-là. Aux termes d'un rapport d'examen du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 12 mai 2004, la Dresse D._____ a retenu que l'assurée souffrait de cervico-brachialgies droites non déficitaires et non irritatives ainsi que de lombosciatalgies droites chroniques, qu'elle présentait une incapacité de travail durable depuis le 2 avril 2003, et que la capacité de travail encore exigible était nulle dans l'activité habituelle, respectivement de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr F._____. L'intéressée a été convoquée le 31 août 2004 à un entretien auprès de l'OAI. A cette occasion, elle a contesté l'exigibilité de 75% retenue par le Dr F._____ dans une activité adaptée, se déclarant provisoirement incapable de travailler dans toute profession. Elle a également déclaré qu'elle se remettait avec difficulté de son licenciement (au 31 juillet 2004) et du suicide de son filleul survenu un mois plus tôt. En outre, il est apparu que l'assurée s'exprimait très bien en français mais l'écrivait avec peine, si bien que tout projet nécessitant la maîtrise de l'écriture en langue française paraissait exclu; en revanche, des projets en tant qu'animatrice en établissements médico-sociaux (EMS) pouvaient être envisagés. Interpellé le même jour par l'OAI, l'ancien employeur de l'intéressée a notamment indiqué ne disposer d'aucun poste adapté aux limitations fonctionnelles de cette dernière, dont il avait dû se séparer dans le cadre d'une

restructuration d'entreprise. Après un second entretien réalisé le 6 octobre 2004, l'OAI a résumé la situation dans un rapport initial du 14 octobre 2004. Il y a relevé que les plaintes de l'assurée persistaient et qu'elle ne se voyait toujours pas reprendre un travail. Aussi paraissait-il utopique de procéder à des mesures d'ordre professionnel ou à un stage auprès du COPAI. Il s'imposait néanmoins, avant toute chose, d'obtenir des renseignements médicaux sur le plan psychiatrique. La Dresse S._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, a fait part de ses observations dans un rapport du 7 mars 2005. Elle a diagnostiqué une décompensation anxiodépressive accélérée depuis juillet 2004, à prédominance anxieuse et secondaire à des pertes significatives (deuil et problèmes de santé ayant entraîné un licenciement), atteinte n'ayant toutefois pas d'influence sur la capacité de travail. Elle a souligné que l'état de santé de l'assurée suivait une évolution relativement positive et que, sur le plan psychique, rien ne s'opposait à l'exercice d'une activité adaptée. Dans un rapport du 15 juillet 2005, le Dr W._____, médecin interniste traitant de l'assurée, a confirmé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail énumérés dans le rapport de l'expert F._____ du 28 avril 2004. Il a relevé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que les affections limitant la capacité de travail semblaient en voie de chronicisation, et qu'une légère amélioration des troubles de l'humeur était survenue depuis quelques mois, grâce au suivi psychothérapeutique dispensé par la Dresse S._____. Il a estimé que les atteintes physiques empêchaient la reprise de l'activité habituelle, et qu'une activité adaptée – telle une activité de bureau – pouvait être envisagée à raison de 4 heures par jour dans le respect des limitations fonctionnelles de l'intéressée (« assurer une alternance position assise 4 heures et debout afin de soulager les douleurs, éviter les ports de charge supérieurs à 8-10 kilos ainsi que les flexions et inclinaisons du tronc, ceci pour une durée prolongée », pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de déplacement sur un sol irrégulier ou en pente), une diminution de rendement devant être escomptée en cas d'exacerbation aiguë des douleurs. Le Dr W._____ a notamment joint à son envoi un rapport d'examen radiologique et échographique du 22 septembre 2004 établi par le Dr X._____, spécialiste FMH en radiologie médicale, radiodiagnostic et médecine nucléaire; celui-ci observait que l'assurée présentait des turgescences synoviales sur ses deux poignets sans aucune lésion osseuse, et que la situation s'apparentait davantage à une synovite qu'à des kystes arthrosynoviaux, à l'exception éventuellement d'une turgescence de la face palmaire du poignet droit. Dans un rapport final du 15 septembre 2005 faisant suite à un avis SMR du 7 septembre 2005 ultérieurement égaré, l'OAI a exposé que les constats médicaux recueillis depuis son précédent rapport n'apportaient aucun élément nouveau. En particulier, il a souligné que le Dr W._____ avait évalué la capacité résiduelle de travail à 4 heures par jour en se fondant sur des diagnostics et des limitations fonctionnelles identiques à ceux ayant amené le SMR, par avis du 12 mai 2004, à retenir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, avis auquel l'OAI s'est dès lors rallié. Considérant qu'en raison des lacunes linguistiques et du manque de motivation de l'intéressée, des mesures de réadaptation seraient peu réalistes en l'occurrence, voire vouées à l'échec, l'office a procédé à une approche théorique de la capacité de gain de cette dernière. Selon une communication de l'ancien employeur de l'assurée du 11 octobre 2005, cette dernière aurait pu percevoir un salaire mensuel brut de 4'500 fr. en 2004 à raison de 13 mensualités, correspondant à un revenu annuel de 58'500 fr. Par avis médical SMR du 17 octobre 2005, la Dresse P._____ a confirmé que les nouveaux rapports médicaux produits n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions exposées par ce service le 12 mai 2004. Sur le plan

somatique, elle a souligné que les atteintes évoquées par le Dr W._____ étaient identiques aux affections invalidantes retenues par le Dr F._____ et le SMR. Du point de vue psychiatrique, elle a relevé qu'il ressortait clairement du constat de la Dresse S._____ que les diagnostics posés n'engendraient pas d'incapacité de travail. C. Après avoir déterminé les revenus avec et sans invalidité en date du 28 octobre 2005, l'OAI a, par décision du 26 juin 2006, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1 er avril 2004 (terme du délai d'attente légal d'un an), correspondant à un taux d'invalidité de 44% calculé sur la base d'un revenu sans atteinte à la santé de 58'500 fr. et d'un revenu d'invalide de 33'003 fr. 01 – ce dernier montant étant calculé sur la base de données statistiques, en fonction d'un salaire mensuel de 3'820 fr. (part au 13 e salaire comprise), d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures durant l'année de référence, d'une indexation à l'évolution des salaires nominaux de 1,4% et 0,9% de 2002 à 2004, de la capacité de travail résiduelle de 75%, et d'une déduction jurisprudentielle de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Par acte du 28 août 2006 rédigé par son mandataire, l'intéressée s'est opposée à cette décision, requérant l'octroi d'une pleine rente d'invalidité, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise complémentaire. Elle a contesté le rapport du Dr F._____ – repris par l'OAI – et a fait valoir des contradictions entre ce constat et ceux des médecins traitants L._____ et W._____. Elle a ajouté que la décision en cause ne contenait qu'une description abstraite de ses limitations fonctionnelles et du type d'activité qu'elle pourrait exercer, sans égard à ses troubles psychiques. Elle a invoqué des erreurs de calcul quant à l'évaluation de son taux d'invalidité, qui aurait dû être fixé à 50% et, partant, lui ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité. D. Par décision sur opposition du 7 novembre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé le droit à un quart de rente d'invalidité. Il a exposé que les Drs F._____, L._____ et W._____ avaient pour l'essentiel indiqué des limitations fonctionnelles identiques, et que celles mentionnées en sus par le Dr W._____ (notamment le fait d'éviter les déplacements sur un sol irrégulier et le travail en hauteur) n'avaient pas d'influence sur la définition des activités considérées comme exigibles. Il s'est rallié aux conclusions du Dr F._____ et du SMR, selon lesquelles l'intéressée était en mesure de travailler à 75% dans une activité adaptée, et a estimé que l'opinion divergente du Dr W._____ – qui évaluait la capacité de travail dans une activité adaptée à 4 heures par jour – ne pouvait être retenue, puisque fondée sur des diagnostics et limitations fonctionnelles similaires à ceux énumérés par le Dr F._____; il a ajouté que le Dr L._____ ne s'était, quant à lui, pas déterminé sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu de compléter le dossier sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Il a souligné que le défaut de connaissances linguistiques ne constituait pas un facteur pertinent pour la fixation du taux d'invalidité, et que du reste, la faible maîtrise du français écrit décelée chez l'assurée avait été prise en compte pour déterminer le type d'activité dans lequel elle pourrait se reconvertir. Procédant au calcul de la perte économique de l'intéressée, l'office a retenu en substance que le revenu annuel sans invalidité devait être fixé à 63'043 fr. (soit la moyenne des salaires effectivement perçus de 2001 à 2003), que le revenu avec invalidité était de 32'794 fr. – selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 (parue après la détermination des revenus relatifs à la décision du 28 juin 2006), compte tenu d'une capacité de travail exigible de 75% et d'un abattement de 10% –, et que la comparaison de ces montants mettait en évidence une perte de gain de 30'249 fr., correspondant à un taux d'invalidité de 48%, ouvrant le droit à un quart de rente. E. Agissant par l'entremise de son

mandataire, l'assurée a recouru le 10 décembre 2007 par-devant le Tribunal cantonal des assurances (actuellement : la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal) à l'encontre de la décision précitée, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation. Elle relève que sur la base de limitations fonctionnelles essentiellement similaires, les Drs L._____ et W._____ ont estimé que l'exercice d'une activité adaptée était difficilement envisageable, respectivement possible à 50%, tandis que l'expert F._____ a retenu une capacité résiduelle de travail de 75% tout en admettant paradoxalement une évolution défavorable des atteintes en question et en suggérant un stage d'observation professionnelle, ce qui laisse à penser que ce spécialiste ne s'est pas prononcé en connaissance de cause. Dès lors, elle reproche à l'intimé de s'être écarté des constats de ses médecins traitants au profit de l'avis du Dr F._____. Elle soutient que le dossier est incomplet sous l'angle psychiatrique. Sur le plan économique, elle allègue, d'une part, que le revenu sans invalidité doit être fixé à 63'923 fr., attendu que sans son atteinte à la santé, elle aurait pu gagner 63'376 fr. 95 en 2003, en travaillant le même nombre d'heures qu'en 2001 et en 2002. D'autre part, elle soutient que son revenu d'invalide doit être réduit de 20% et non de 10%, compte tenu des handicaps liés à sa réinsertion professionnelle. Elle déduit de ces paramètres qu'elle présente un taux d'invalidité d'au moins 54% et peut donc prétendre à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité. Enfin, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, respectivement d'une expertise pluridisciplinaire tendant à la réévaluation de sa situation et, partant, de son taux d'invalidité. Appelé à se déterminer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par préavis du 23 janvier 2008. Il relève, d'une part, que les arguments de la recourante concernant le calcul du revenu annuel pour l'année 2003 n'entraînent aucune modification décisive du revenu sans invalidité et demeurent sans influence sur le droit à la rente. Il observe, d'autre part, qu'un abattement de 10% sur le revenu d'invalide s'avère justifié en l'espèce, puisque seules les limitations liées au handicap doivent être prises en compte. L'office renvoie, pour le surplus, à la motivation développée dans la décision entreprise. Par réplique du 13 février 2008, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions. Se référant un courrier du Dr L._____ du 10 décembre 2007 annexé à son écrit, elle souligne qu'elle a consulté ce praticien à 36 reprises entre 2004 et 2007 et que celui-ci a pu constater que son état demeurait inchangé, élément corroborant les précédentes conclusions retenues par ses médecins traitants, « en contradiction totale avec les conclusions que le Dr F._____ a pu tirer de ses observations ». Selon le courrier précité, la capacité de travail de la recourante est nulle, et les troubles cervicaux et lombaires de cette dernière s'aggravent « d'année en année »; le Dr L._____ se réfère en outre à un rapport adressé à Me François Roux en septembre 2006, document ne figurant toutefois pas au dossier. Par duplique du 7 avril 2008, l'intimé se rallie à un avis médical SMR du 10 mars 2008 établi par la Dresse P._____, avec l'approbation du Dr Z._____ (médecin-chef adjoint de ce service pour la Suisse romande), document faisant état de ce qui suit : " A la lecture de l'ensemble du dossier et des derniers éléments, l'on peut dire que sur un plan strictement formel, il ne nous a pas été fourni d'éléments objectifs d'aggravation, ni somatiques (pas de description de status péjoré, ni présence d'éléments radiologiques objectivant une aggravation structurelle), ni psychiatriques (absence d'indication de diagnostic psychiatrique invalidant). Sur un plan médical, il est possible qu'au fil du temps, avec l'âge augmentant de l'assurée et le déconditionnement physique en l'absence d'activité, les atteintes ostéoarticulaires engendrent des répercussions plus importantes sur la CT, que celles estimées par l'expert en 2004. Sur un plan psychiatrique,

la situation était clairement établie par le psychiatre traitant et l'expert rhumatologue n'avait pas mis en évidence de discordance entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectifs. Toutefois, l'on peut se poser la question d'un certain retentissement sur l'état psychologique de l'assurée avec le temps, l'inactivité et les difficultés qu'aurait l'assurée de s'occuper d'elle-même, de son petit appartement et de ses courses, selon les termes du Dr L._____. En conclusion, d'un point de vue objectif, nous n'avons pas d'éléments susceptibles de modifier notre position. L'évolution des atteintes avec le temps est à ce stade possible, mais non vérifiée. Plaise au TCA de décider de la nécessité d'une instruction complémentaire pour actualiser les données. Dans ce cas, proposition d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. " La recourante a fait part de ses déterminations par acte du 30 avril 2008. Elle relève que les Drs P._____ et Z._____ ont pris position sans jamais l'avoir rencontrée personnellement, et que leurs conclusions ont eu un effet négatif sur son état de santé (hypertension artérielle et psychique [sic]). Elle conteste que ses cervico-brachialgies puissent être qualifiées de non irritatives. Elle nie présenter un déconditionnement physique, dès lors qu'elle s'efforce de rester active malgré ses atteintes. Pour le surplus, elle indique maintenir intégralement le contenu de son recours, et plus particulièrement la requête de mesure d'instruction tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A la suite de l'édition du dossier d'A._____ Assurances et après consultation de son contenu, la recourante a indiqué, le 11 septembre 2008, qu'elle n'avait pas d'observations à formuler à cet égard. Par ordonnance du 3 avril 2009, la juge instructeur a communiqué aux parties qu'une expertise judiciaire allait être mise en œuvre auprès du Bureau M._____ à [...], à défaut auprès du Centre J._____ à [...]. Par décision du 4 novembre 2009, la juge instructeur a désigné en qualité d'experts la Dresse H._____, rhumatologue interniste FMH, et le Dr G._____, psychiatre psychothérapeute FMH, du Bureau M._____, et a rejeté la requête de récusation présentée le 18 septembre 2009 par l'assurée, laquelle a été convoquée le 14 juin 2010 dans le cadre de cette expertise. Dans leur rapport d'expertise du 30 septembre 2010, les Drs H._____ et G._____ évoquent tout d'abord les pièces dont ils ont eu connaissance dans le cadre de leur analyse. Ils citent en particulier un rapport du 2 juillet 2010 recueilli par la Dresse H._____ auprès du Dr T._____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, constat ne figurant pas au dossier mais dont le résumé par la spécialiste précitée (p. 18 de l'expertise) indique notamment que l'assurée se dit capable de marcher à plat de Lausanne à Morges, qu'elle signale des douleurs dorsales plus marquées à la descente qu'à la montée, et que pour lutter contre la sédentarité, elle pratique notamment des marches rapides, de la natation et du ski de fond, et a arrêté de fumer. Sur le plan psychiatrique, les spécialistes exposent que la recourante présente quelques éléments anxieux et dépressifs d'intensité très modérée, qui n'atteignent pas le degré d'un épisode dépressif franc au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – 10 éme révision (CIM-10), ni d'un trouble anxieux spécifique comme le trouble panique, le TAG (trouble anxieux généralisé) ou l'agoraphobie. Ils estiment que le diagnostic correspondant le mieux au tableau clinique de l'assurée est celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), et que ce trouble – qui n'exige pas de mesures professionnelles, ni les contre-indique si celles-ci sont utiles du point de somatique – est trop léger pour entraîner une diminution durable de la capacité de travail ou du rendement. Sur le plan somatique, les experts diagnostiquent, au titre d'atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose cervico-lombaire sans myélopathie ni radiculopathie évolutive (symptomatique au niveau cervical depuis 2000 et

lombaire depuis 2001; M 47.8), ainsi qu'un status après radiculopathie irritative S1 droite (2003). Pour le reste, ils font notamment état de ce qui suit : " Qu'en est-il de son état de santé actuel au plan somatique? […] Au plan objectif, il existe des signes de souffrance du rachis cervical avec une limitation de mobilité du rachis cervical d'autant plus significative que Mme était de nature très souple. Nous trouvons en périphérie, au niveau rhizomélique des signes de laxité, en nombre insuffisant pour évoquer d'emblée une hyperlaxité pathologique. Du reste Mme n'a pas présenté des luxations ou des distorsions récidivantes ni d'autre élément allant dans le sens des critères habituels d'une telle entité. Il existe des signes de souffrance du rachis lombaire, notamment au niveau des articulaires postérieures ([…]). Il existe plusieurs signes de majoration selon Waddell (3/5) […]. Nous n'avons pas de signe radiculaire irritatif ni déficitaire actuel notamment sur le dermatome S1 à droite précédemment intéressé par un conflit discal ([…]). Mme n'est pas déconditionnée ce qui correspond à ses activités physiques régulières (marche, natation, physiothérapie active). Les données radiologiques montrent une stabilité des lésions depuis 2003-2004 si l'on tient compte du temps écoulé et des processus normaux du vieillissement à l'âge de l'expertisée. Il n'y a pas de signe évolutif d'une arthrose segmentaire érosive ou inflammatoire […]. Il n'y a pas de signe de tuberculose osseuse au niveau cervical, où durant l'enfance Mme a présenté une fistule sur une adénite latéro-cervicale vraisemblablement tuberculeuse. Si l'on compare notre expertise à celle du Dr F._____ du 28.04.2004, on constate que les douleurs axiales sont mieux tolérées, Mme a développé une attitude plus positive et s'est accoutumée à ses atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, pratiquant la marche à plat de manière sportive, ne portant pas de charges excessives, se faisant aider dans son ménage pour passer l'aspirateur, activité décrite la plus délétère. L'épreuve de Lasègue testant une irritation radiculaire des membres inférieurs est négative des deux côtés […]. Il n'y a pas d'altération de libération des réflexes, ni d'ordre sensitif reproductible selon un dermatome, ni d'ordre moteur ([…]) au plan clinique si bien que nous considérons que les signes radiculaires notés en 2003 par le Dr L._____ avec répercussion à l'EMG n'ont pas évolué. Ils sont cliniquement améliorés au plan de l'atteinte irritative. Nous pouvons l'attester sur une observation médicale des derniers mois avec l'aide du rapport détaillé du Dr T._____ et de nos status, qui sont concordants. De manière générale, il existe des éléments attestant d'une amélioration qui nous écartent du si mauvais pronostic initialement établi par son médecin traitant, qui ne se confirme ni subjectivement ni objectivement, à un délai d'évolution de 7 ans. Confrontée aux données du cardiologue, les aptitudes sont supérieures à celles d'une personne sédentaire ou significativement handicapée. […] Mme n'a pas développé d'autre maladie, mais doit assurer un contrôle plus régulier de sa tension artérielle dont le traitement médicamenteux vient d'être renforcé, ce qui ne constitue pas de limitation supplémentaire par rapport à celles qui ont été établies en 2003 et 2004 et reconnues par l'AI. Les facteurs d'amélioration doivent être pondérés par les processus du vieillissement , aussi bien au plan osseux que musculaire. Même si Mme est vraisemblablement en meilleure condition physique qu'en 2004, il faut admettre que les processus de sarcopénie (vieillissement musculaire) sont plus marqués, ce que nous admettons en médecine sportive chez le sujet de plus de 50 ans et par analogie en médecine du travail également pour les activités physiquement pénibles ou pour l'endurance à tenir un position sédentaire. Mme peut par ailleurs être sujette à une poussée congestive de son arthrose rachidienne […]. Mme n'a pas présenté de phénomène aigu ayant nécessité de nouvel examen spécialisé ou d'avis neurochirurgical. Elle prend un médicament antalgique ou anti-inflammatoire les jours de plus fortes douleurs. Dès lors si l'on tient compte de

l’ensemble de la situation au plan somatique l’état doit être considéré comme stable globalement par rapport à 2004, par rapport à l’expertise du Dr F._____. D’aucune manière, il n’est considéré comme aggravé aussi bien au plan des pathologies de la médecine interne que des pathologies de l’appareil locomoteur. Qu'en est-il de l'appréciation de l'exigibilité? […] L’évolution à 7 ans du pronostic du Dr L._____, à 6 ans de l’expertise du Dr F._____, nous montre que ces médecins ont été très prudents, qu’ils ont été à l’écoute des plaintes subjectives prédominant sur les constatations objectives. Ils ont estimé en faveur de Mme R._____ un plan de reprise de travail à un pourcentage sans doute inférieur à ce qu’elle aurait pu réaliser, tenant compte d’éléments tels que son absence de qualification en ce qui concerne le médecin traitant et de la longueur de l'IT avec éventuel déconditionnement au travail pour le Dr F._____. Si l’on reprend le descriptif du poste de travail d’une aide infirmière (www.orientation.ch) il faut reconnaître que Mme R._____ présente une exigibilité résiduelle. Dans les activités des soins et assistance à la vie quotidienne, sous la surveillance d’un infirmier ou d’une infirmière, Mme R._____ peut aider aux soins quotidiens (guidance d’une toilette, aide à se vêtir ou dévêtir), elle peut apporter de l’aide pour les repas, les accompagner dans leur[s] déplacements avec un déambulateur, stimuler à des activités, communiquer avec l’entourage, consigner les observations. Dans les actes médico-techniques, Mme peut mesure[r] la tension artérielle, prendre le pouls, la température, récolter les échantillons de sang, d’urine, apporter les médicaments, nettoyer ou désinfecter des instruments. Dans l’administration et la logistique elle peut préparer des documents de transfert, accueillir un patient, aider à gérer des réserves de matériel, de médicaments, entretenir le matériel. Elle ne peut pas s’occuper seule du transfert d’un patient grabataire, ni porter du matériel de soins supérieur à 5 kg, ni travailler uniquement debout sans alternance de position avec la station assise ou de petits déplacements. On est loin du tableau d’une personne handicapée, limitée, totalement inapte à une activité professionnelle tel que l’expertisée l’exprimait en 2004 lorsque les services de réadaptation de l’AI ont eu des entretiens avec elle. Nous ne voyons aucune raison médicale au refus de l’expertisée à avoir accepté les mesures de reconversion proposées par l’AI. Nous estimons que soit le médecin traitant, soit le Dr R._____ ont accordé de l’importance à des éléments comme le déconditionnement, les plaintes subjectives pour admettre une limitation de la capacité de travail dans un travail léger, adapté. Les pathologies de l’appareil locomoteur, fréquentes avec l’âge, ne justifient pas en elles-mêmes des incapacités de travail durables dans un travail léger, semi-sédentaire. L’évolution des arthroses de Mme est bénigne en 7 ans, telle qu’en atteste l’examen clinique et radiologique. Enfin, les lésions radiologiques de Mme R._____ sont liées au processus du vieillissement et ne sont pas forcément symptomatique[s] chez tous les sujets ([…]). Avec l’âge avançant la corrélation détérioration discale-douleur est moins évidente. […] Mme n’a pas développé une kinésiophobie et a réussi à mener une vie quotidienne normale depuis la survenue de sa symptomatologie rachidienne. […] CONCLUSION Dans l’activité d’aide infirmière, hors salle d’opération ou salle de réveil, la CT résiduelle est établie à 50%. Dans une activité adaptée, elle est de 75%, au moins. Cette évaluation tient compte de la discussion consensuelle entre les deux experts, il n’y pas de limitation fonctionnelle d’ordre psychiatrique, ni de contre-indication dans ce domaine non plus ni pour une réorientation professionnelle ni pour une reprise de travail dans l’exigibilité établie au plan somatique. […] " B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Eviter le port de charges répétitives de plus de 5 kg et

occasionnelles de plus de 8-10 kg. Permettre des alternances de position, éviter une activité strictement debout. Favoriser une activité semi-sédentaire, légère. Au plan psychique et mental Aucune. Au plan social Idem. 2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Au plan physique Ils la limitent à 50%. Au plan psychique Aucune influence. 2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail Au plan physique Cf. ci-dessus. Au plan psychique Est entière. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Au plan physique Oui. Ceci est à intégrer avec la baisse de rendement. Si Mme n'est pas exposée à porter des charges et rester uniquement debout l'horaire peut atteindre les 75% d'une journée mais il faut admettre une baisse de rendement proportionnelle, selon le poste. Au plan psychique Oui. 2.4 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Au plan physique Il faut tenir compte des limitations fonctionnelles données. Au plan psychique Non. […] C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? […] Au plan physique Oui. Au plan psychique Oui (cf. supra) […] 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut ■ il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Au plan physique Oui, selon les limitations fonctionnelles données ci-dessus. Au plan psychique Toute activité adaptée à l'état physique. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? Au plan physique 75% de l'horaire quotidien. Au plan psychique A temps plein. 3.3 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Au plan physique Non, pas à ce %. Au plan psychique Non. […]. " Par préavis du 8 novembre 2010, l'OAI se rallie aux conclusions de l'expertise judiciaire – particulièrement fouillée, parfaitement motivée et bénéficiant d'une pleine valeur probante – et propose le rejet du recours. Dans ses déterminations du même jour, la recourante se prévaut de diverses contradictions et incohérences à l'encontre du rapport précité. En particulier, elle critique l'exactitude des faits retenus dans l'exposé des motifs de l'expertise (p. 4) et souligne qu'elle suit un traitement régulier composé de prise de Dafalgan, d'applications locales d'anti-inflammatoires et de cours de gymnastique aquatique. Elle relève que les experts parlent d'un examen en deux parties (p. 27), mais qu'elle ignore ce à quoi ces derniers se réfèrent. Elle fait valoir que le poste d'aide infirmière ne constitue pas une activité adaptée, que sa tension artérielle est élevée, qu'elle a perdu espoir après plus de 7 ans de procédure, et que ses chances de retrouver un emploi diminuent avec l'âge. Elle allègue qu'elle a consulté le Dr L._____ – qui la soigne depuis 1990 – une fois par mois en 2010, et a été suivie par le Dr T._____ du 9 février au 28 mai 2010. Elle observe que si elle est capable de marcher entre Lausanne et Morges, ce trajet se fait sur un sentier mou, entrecoupé de haltes régulières, et n'a aucun lien avec le port de charges. Elle soutient que l'amélioration de son état provient de l'absence d'activité depuis 7 ans, et que la reprise d'un emploi aurait une influence négative sur sa santé. Elle observe que les experts ont employé à tort le terme de plaintes « subjectives », puisque cet adjectif s'applique de toute manière aux plaintes d'un patient. Elle conteste la capacité de travail résiduelle de 75% retenue par les spécialistes du Bureau M._____ dans une activité adaptée, dès lors qu'elle n'a aucune formation hormis dans le domaine de la coiffure, secteur dans lequel elle serait désormais incapable de travailler vu ses limitations fonctionnelles. Elle conteste pouvoir mener une vie quotidienne normale et relève que c'est à tort que les experts ont retenu une capacité de travail de 100% (sic). Elle sollicite un complément d'expertise afin d'amener ces spécialistes

à répondre à diverses questions (concernant en substance : le suivi d'un traitement régulier; les deux parties de l'expertise mentionnées en p. 27 du rapport en cause; l'existence d'un traitement en relation avec sa tension artérielle; le lien entre l'évolution favorable de ses atteintes et l'absence de travail; les motifs permettant de retenir que la fonction d'aide infirmière est adaptée; la description précise des activités considérées comme adaptées; le fait de savoir si sa vie quotidienne « normale » peut être assimilée à celle d'une personne valide); elle requiert également que les Drs L._____ et T._____ soient interpellés afin d'indiquer le nombre de consultations intervenues en 2009 et en 2010. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à partir du 1 er avril 2004. En effet, l'intimé reconnaît le droit à un quart de rente à compter de cette date, ce que la recourante conteste en concluant à l'allocation d'une rente entière tout en présentant des arguments tendant à l'octroi d'une demi-rente au moins. L'intéressée critique en particulier la valeur probante des expertises médicales au dossier, et invoque des erreurs dans le calcul de son préjudice économique. 3. La LAI ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'AI il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3; ATF 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 7 novembre 2007. Les modifications consécutives à la 5 ème révision de la LAI, entrée en vigueur le 1 er janvier 2008, n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas. Cela étant,

même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1 er janvier 2004, puis, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4 ème révision de cette loi, entrée en vigueur le 1 er janvier 2004, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. 4. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. En vertu de l'art.

E. 28

al. 1 LAI dans sa version postérieure au 1 er janvier 2004 (dont la teneur correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI, entré en vigueur le 1 er janvier 2008 dans le cadre de la 5 ème révision de la LAI) énonce que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1; TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009 consid. 2.2.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position

de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2, 9C_341/2010 du 12 octobre 2010, consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). Dans le cadre d'une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis; il y a alors lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 5). d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). e) L'AI n'a pas à répondre des difficultés de l'assuré pour trouver un emploi approprié liées à des facteurs étrangers à l'invalidité – tels que des difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou l'âge. S'il est vrai que de tels facteurs jouent un rôle pour déterminer dans le cas concret les activités que l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voir impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 21 consid. 2c; TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références, publié in VSI 1999 p. 247 consid. 1; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1). 5. Il ressort de la décision entreprise que l'OAI s'est fondé sur le constat de l'expert F._____ du 28 avril 2004 et sur le rapport de la Dresse S._____ du 7 mars 2005, pour reconnaître à l'assurée

une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'intéressée conteste en se prévalant notamment des rapports de ses médecins traitants les Drs L._____ et W._____. Afin d'éclaircir la situation, une expertise bidisciplinaire a été mise en œuvre par la juge instructeur, qui a désigné la Dresse H._____ en qualité d'experte rhumatologue, et le Dr G._____ comme expert psychiatre. Ces derniers ont fait part de leurs observations dans un rapport du 30 septembre 2010. a) Sur le plan somatique, il est constant que l'intéressée présente des affections invalidantes. aa) Dans son rapport du 6 octobre 2003, le Dr L._____ atteste de cervico-brachialgies droites sur troubles dégénératifs, et de lombo-sciatalgies droites sur troubles dégénératifs; il ajoute que l'activité habituelle n'est plus exigible, et qu'une activité adaptée paraît difficilement envisageable, d'autant qu'il faudrait escompter une diminution de rendement et éviter le port de charges, les positions sans mouvement, les positions debout prolongées et les flexions prolongées ou répétées vertébrales. Aux termes de son expertise du 28 avril 2004, le Dr F._____ retient, quant à lui, que l'intéressée présente des cervico-brachialgies chroniques droites non déficitaires et non irritatives (sur une hernie discale C6-C7 latérale droite, des protrusions discales cervicales C4-C5 et C5-C6, et une sténose du trou de conjugaison C5-C6 à droite), ainsi que des lombo-sciatalgies droites chroniques (sur des discopathies L4-L5 et L5-S1, une hernie discale L5-S1 paramédiane droite, une spondylolisthésis de grade I de L5/S1 et un déconditionnement physique), atteintes confirmées notamment par un rapport d'IRM établi le 2 septembre 2003 par le Dr C._____; l'expert F._____ relève que l'incapacité de travail dans l'activité d'auxiliaire de salle d'opération est complète, mais que la capacité résiduelle de travail est de 75% dans une activité évitant la position statique debout et assise prolongée, les positions en porte-à-faux avec le rachis lombaire, et le port de charges supérieures à 15 kg. Par rapport d'examen SMR du 12 mai 2004, la Dresse D._____ se rallie aux observations et conclusions de l'expert F._____. Dans son rapport du 15 juillet 2005, le Dr W._____ reprend, pour l'essentiel, les diagnostics incapacitants retenus par l'expert F._____; il confirme que l'activité effectuée jusqu'alors ne peut plus être pratiquée, mais observe que l'exercice d'une activité adaptée doit être restreint à 4 heures par jour, assurer une alternance des position assise et debout, et éviter le port de charges supérieures à 8-10 kg ainsi que les flexions et inclinaisons du tronc sur une durée prolongée; il produit un rapport du Dr X._____, dont il ressort que la recourante présente des turgescences synoviales aux poignets sans lésion osseuse. Par avis SMR du 17 octobre 2005, la Dresse P._____ s'en tient aux constatations formulées par ce service le 12 mai 2004. Par écrit du 10 décembre 2007, le Dr L._____ fait état d'une capacité de travail nulle et relève que l'état de santé de l'intéressée suit une évolution défavorable « d'année en année ». Dans un avis SMR du 10 mars 2008, les Drs P._____ et Z._____ exposent que rien au dossier ne démontre une péjoration de l'état de santé de la recourante sur le plan physique, mais qu'une évolution des troubles n'est pas à exclure compte tenu de l'écoulement du temps. bb) L'experte rhumatologue H._____ expose notamment que l'assurée présente une spondylodiscarthrose cervico-lombaire sans myélopathie ni radiculopathie évolutive, ainsi qu'un status après radiculopathie irritative S1 droite. Elle relève une certaine amélioration de l'état de santé depuis 2004, qu'il convient toutefois de nuancer eu égard aux processus de vieillissement osseux et musculaire. Aussi, tenant compte de l'ensemble de la situation au plan somatique, elle retient que l'état de santé doit être considéré comme stable par rapport à 2004, année de l'expertise du Dr F._____. Elle nie toute aggravation sous l'angle des pathologies de la médecine interne et des pathologies de l'appareil locomoteur.

Elle estime que l'intéressée peut travailler jusqu'à 75% par jour dans son ancienne activité avec une baisse de rendement proportionnelle au poste occupé, pour autant qu'elle ne soit pas appelée à porter des charges ou à rester uniquement debout, et qu'elle dispose d'une capacité résiduelle de travail de 75% dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir: éviter le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 8-10 kg, permettre des alternances de position en évitant une activité strictement debout, et favoriser une activité semi-sédentaire, légère). En outre, l'assurée pourrait travailler comme aide infirmière à 50%, hors salle d'opération et salle de réveil, sans se charger seule du transfert d'un patient grabataire, ni porter du matériel de soins supérieur à 5 kg, ou travailler uniquement debout sans alternance avec la position assise ou de petits déplacements. Ce rapport d'expertise est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Si les médecins traitants de la recourante ont certes exprimé une opinion divergente, celle-ci ne permet pas de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'experte H._____, dès lors que les Drs L._____ et W._____ ne se réfèrent à aucun élément pertinent que cette dernière aurait omis de prendre compte. A cela s'ajoute que les médecins traitants ne sont pas unanimes, puisqu'en se fondant sur des diagnostics et limitations fonctionnelles analogues, ils ont pourtant apprécié différemment la capacité résiduelle de travail en cause (passée de « difficilement envisageable » [cf. annexe au rapport médical du 6 octobre 2003] à nulle [cf. écrit du 10 décembre 2007] pour le Dr L._____, et évaluée à 50% par le Dr W._____ [cf. annexe au rapport médical du 15 juillet 2005]). Par ailleurs, les conclusions retenues par l'experte rhumatologue s'avèrent superposables à celles de l'expert F._____ pour ce qui est de la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, reconnue comme inexistante avant l'expertise judiciaire, la Dresse H._____ évoque un taux de 75% avec une baisse de rendement, pour autant que l'assurée ne soit pas contrainte à porter des charges ou à rester longtemps en position debout (cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2010 p. 43 ch. 2.3); implicitement, elle reconnaît donc que le travail exercé jusqu'en avril 2003 en tant qu'aide de salle d'opération – activité impliquant précisément le port de charges et le maintien de la position debout sur un temps prolongé (cf. rapport d'expertise du Dr F._____ du 28 avril 2004 p. 8, 1 er paragraphe in fine) – n'est plus exigible en tant que tel. Aussi cet aspect ne saurait-il remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire. b) Sur le plan psychiatrique, l'opinion de la Dresse S._____ (psychiatre traitante; cf. rapport du 7 mars 2005), du SMR et de l'expert psychiatre G._____ convergent pour retenir que la recourante ne présente aucun trouble ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Dès lors, il convient sous cet angle également d'accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra) à l'expertise du 30 septembre 2010, laquelle s'avère cohérente, sérieusement motivée et totalement convaincante, et corrobore les conclusions de la psychiatre traitante. c) Dans ces conditions, il convient de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan somatique, et qu'elle ne présente aucune atteinte invalidante au niveau psychique. C'est le lieu de relever que les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de l'expertise judiciaire s'avèrent dénués de pertinence. D'une part, l'assurée n'invoque aucun point décisif que les experts auraient ignoré, et se limite essentiellement à opposer sa propre appréciation à celle des spécialistes,

sans apporter d'élément concret susceptible d'étayer ses dires. Elle reproche aux spécialistes du BREM d'avoir retenu à son égard une capacité de travail de 100% (cf. déterminations du 8 novembre 2010 p. 3 ch. 14), ce qui est inexact. D'autre part, elle s'attarde sur des points n'ayant aucun rapport avec l'évaluation médicale de sa situation, notamment lorsqu'elle critique l'exposé des motifs de l'expertise (cf. ibid. p. 1 ch. 1) ou relève que les plaintes d'un patient sont par définition subjectives (cf. ibid. p. 3 ch. 11). 6. Cela étant, encore faut-il déterminer le taux d'invalidité présenté par la recourante, en procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4c). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81). b) En l'espèce, il convient

de se placer au moment de la naissance du droit à la rente pour procéder à la comparaison des revenus, soit en l'occurrence 2004. S'agissant du revenu de valide, l'OAI a retenu un montant de 63'043 fr. correspondant à la moyenne des salaires effectivement perçus de 2001 à 2003 selon le questionnaire pour l'employeur du 20 octobre 2003. L'office a précisé que ce revenu n'avait pas à être indexé, dans la mesure où le salaire brut en 2004 n'aurait pas évolué par rapport à celui indiqué en 2003 (cf. décision attaquée du 7 novembre 2007 p. 5 et courrier de l'ancien employeur du 11 octobre 2005). L'assurée conteste ce calcul, faisant valoir qu'elle a effectué 2'040 heures de travail en 2001 et en 2002, mais seulement 1'955 en 2003 après s'être retrouvée en incapacité de travail dès le 1 er avril 2003, et que, bien portante, elle aurait pu travailler 2'040 heures en 2003 pour un salaire annuel d'au moins 63'376 fr. 95. Elle soutient, dès lors, que la moyenne des revenus de 2001 à 2003 s'élève à 63'923 fr (cf. mémoire de recours du 10 décembre 2007 p. 10s.). L'intéressée n'a toutefois fourni aucun élément de preuve concret à l'appui de ses allégations; en particulier, on ignore par quel biais elle parvient à un salaire de 63'376 fr. 95 pour l'année 2003. Dans ces conditions, force est d'admettre qu'elle n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le revenu de valide de 63'043 fr. retenu par l'OAI était erroné. Quoi qu'il en soit, il faut souligner qu'un revenu sans invalidité de 63'923 fr. n'aurait eu aucune incidence sur l'issue de la cause, ainsi qu'il sera démontré ci-après. Il convient encore d'ajouter, au demeurant, que la solution retenue par l'OAI est favorable à l'assurée, puisque sur la base de l'écrit de l'ancien employeur du 11 octobre 2005, l'office aurait pu se fonder sur revenu annuel brut de 58'500 fr. pour 2004, ainsi qu'il l'avait tout d'abord retenu dans sa décision du 28 juin 2006. En ce qui concerne le revenu d'invalide, la décision attaquée se base à juste titre sur les salaires tels qu'ils ressortent de l'ESS 2004, et non sur les données de l'ESS 2002 avec indexation, ainsi que cela avait été fait dans la décision du 28 juin 2006. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre en 2004 les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 3'893 fr. par mois, part au 13 ème salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Quoi qu'en pense la recourante et même si elle présente des atteintes à sa santé, ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles lui soient immédiatement accessibles (cf. dans ce sens TF 9C_146/2010 du 30 août 2010 consid. 3). Ce salaire représente – compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2004 (41,6 heures [La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2]) – un revenu d'invalide de 4'048 fr. 72 par mois (3'893 fr. x 41,6 : 40 heures), soit 48'584 fr. 64 par année. A ce salaire, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction, que l'intimé a fixé en l'espèce à 10 %. Cet abattement tient dûment compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par la recourante. En revanche, l'absence de formation et les difficultés à écrire en français ne sont pas des éléments susceptibles d'influencer le degré d'invalidité (cf. consid. 4e supra). Au demeurant, on voit mal que le marché de l'emploi serait inaccessible à toute personne peu scolarisée et présentant des difficultés linguistiques. De telles lacunes constituent certes un obstacle à la reprise d'une activité lucrative, mais ne sauraient signifier que la recourante – qui s'exprime bien en français (cf. note d'entretien de l'OAI du 31 août 2004; cf. rapport d'expertise du 30 septembre 2010 p. 30) – n'est pas en mesure d'occuper un poste approprié à ses atteintes. Pour le reste, on peut raisonnablement attendre de l'assurée, vu son âge au moment de la décision litigieuse (54 ans) et de la naissance du droit à la rente (51 ans), qu'elle trouve une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle y est par ailleurs tenue selon le

principe général de l'obligation de diminuer le dommage, valable en droit des assurances sociales (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées). Elle ne présente pas non plus de limitations supplémentaires liées à la nationalité dès lors qu'elle vit en Suisse depuis 1973 et est titulaire d'une autorisation d'établissement. Il résulte de ce qui précède qu'en retenant un taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalide, l'administration n'a nullement outrepassé les limites de son pouvoir d'appréciation (cf. dans le même sens, TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009 consid. 3.4), de sorte qu'il n'existe aucun motif pertinent de s'en écarter. Enfin, compte tenu d'une capacité de travail de 75%, le revenu d'invalide déterminant doit être réduit de 25%, et s'élève ainsi à 32'794 fr 632. Après comparaison du revenu d'invalide (32'794 fr. 632) avec celui sans invalidité (63'043 fr.), il résulte une perte de gain de 30'248 fr. 368 correspondant à un degré d'invalidité de 47,98% (30'249 fr.368 / 63'043 fr. x 100). Conformément à la jurisprudence, (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce taux doit être arrondi à 48 %. Inférieur à 50%, il n'ouvre toutefois pas le droit à une demi-rente (cf. consid. 4a supra), et encore moins à une rente entière d'invalidité. Le droit à un quart de rente doit donc être confirmé. A noter que le revenu sans invalidité préconisé par la recourante, soit 63'923 fr., aboutit à un taux d'invalidité de 49% ([63'923 fr. – 32'794 fr. 632] / 63'923 fr. x 100 = 48,69%, soit 49%), n'ouvrant lui aussi le droit qu'à un quart de rente. 7. La Cour de céans a donné suite aux mesures d'instruction requises par l'assurée dans son recours du 10 décembre 2007 (cf. let. D supra); ces dernières sont donc devenues sans objet. Dans ses déterminations du 8 novembre 2010, l'intéressée requiert encore la mise en œuvre d'un complément d'expertise judiciaire, et l'interpellation des Drs L._____ et T._____. a) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence la Cour de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En revanche, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c; 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3, et les références). b) En l'espèce, il ne se justifie pas de procéder à l'interpellation des Drs L._____ et T._____, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément à l'expertise judiciaire du 30 septembre 2010, laquelle est suffisamment claire et détaillée (cf. consid. 5a/bb et 5b supra); tout au plus convient-il de rappeler que les griefs soulevés par la recourante à l'encontre de ce rapport ne sont pas pertinents (cf. consid. 5c supra). 8. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de justice sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.